



## APLICACION PARA DESCUENTO

Muchos pacientes de Terry Reilly califican para un DESCUENTO en sus servicios de salud, incluso si tienen seguro de salud. Por favor complete este formulario si desea solicitar un descuento. El programa de Asistencia de Medicamentos a través de la farmacia de Terry Reilly es una solicitud y un proceso de verificación de ingresos aparte.

**Usted tiene que volver a aplicar anualmente por un descuento de la escala de tarifas o cuando hay un cambio en ingresos, seguro o en el tamaño de familia.**

Información de la persona responsable (cabeza del hogar):

Nombre:		Fecha De Nac.:	
Teléfono: (      )	# de Seguro Social:	Sexo: <input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
Dirección :	Ciudad:	Estado:	Código:

**Por favor indique cada miembro de familia que vive en su hogar. Esto incluye padres e hijos, pero no a miembros de la familia extendida. Use la parte de atrás del formulario si necesita espacio adicional. Sólo se requiere un formulario por familia.**

Hay \_\_\_\_\_ miembros en mi hogar

Nombre #1:	Fecha De Nac.: / /	Relación:
Nombre #2:	Fecha De Nac.: / /	Relación:
Nombre #3:	Fecha De Nac.: / /	Relación:
Nombre #4:	Fecha De Nac.: / /	Relación:
Nombre #5:	Fecha De Nac.: / /	Relación:

El total de sus ingresos anuales **antes de impuestos** debe incluir todas las fuentes de ingresos (salarios, Seguro Social, desempleo, ingresos de activos, pensiones, manutención de los hijos). Si usted NO tiene ingresos, por favor escriba sus iniciales aquí. \_\_\_\_\_

Fuente De Ingreso #1	\$ _____ sueldo	→	<input type="checkbox"/> Por hora	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	____ Horas por semana
Fuente De Ingreso #2	\$ _____ sueldo	→	<input type="checkbox"/> Por hora	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	____ Horas por semana
Fuente De Ingreso #3	\$ _____ sueldo	→	<input type="checkbox"/> Por hora	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	____ Horas por semana
Fuente De Ingreso #4	\$ _____ sueldo	→	<input type="checkbox"/> Por hora	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	____ Horas por semana
Fuente De Ingreso #5	\$ _____ sueldo	→	<input type="checkbox"/> Por hora	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	____ Horas por semana

**El total de fuentes de ingresos \$ \_\_\_\_\_**

- Yo certifico que la información proporcionada aquí es verdadera, completa y precisa. Notificaré de inmediato a Terry Reilly de cambios en seguro, ingreso familiar o tamaño de familia.
- Yo le doy permiso a Terry Reilly de compartir mi información con otras organizaciones, otorgantes o proveedores (y sus auditores) que me proveen servicios con descuento, a petición de Terry Reilly. Ejemplos de tales organizaciones son laboratorios, servicios de imágenes médicas, o médicos especialistas, etc.
- Entiendo que proveer información falsa intencionalmente me puede excluir de descuentos en Terry Reilly. Se me puede cobrar por cualquier descuento que he recibido con información falsa. Entiendo que mi verificación de ingresos puede ser examinado para exactitud y estoy de acuerdo en proveer todas pruebas de ingresos como sean solicitados.
- Las clínicas de Terry Reilly pueden tener acceso a mi información por medio del Portal Asociado De Acceso A Datos (PDAP) del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho y determinar mi elegibilidad para descuentos en atención médica.

**Firma Del Representante Responsable:** \_\_\_\_\_

Si es Representante, su relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

En base a este formulario, ha sido aprobado para Plan \_\_\_\_\_ de descuento para servicios calificados. Iniciales del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_